



PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE UNA POBLACIÓN VIH EN CONTROL AMBULATORIO

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HIV PATIENTS FOLLOWED IN THE OUTPATIENT CONSULTATIONS OF AN INFECTIOUS DISEASE DEPARTMENT

AUTORES

1. Laura Pérez Laencina. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.
2. María José Crusells Canales. Médica Especialista en Enfermedades Infecciosas. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza, España.
3. Isabel Sanjoaquin Conde. Médica Especialista en Enfermedades Infecciosas. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza, España.
4. Edgar Beltrán Peleato. Coordinador de Ensayos Clínicos. Grupo de Enfermedades Infecciosas FGIC-021. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España.

RESUMEN

Introducción: El objetivo de este trabajo es conocer las comorbilidades, tratamientos y uso de los servicios sanitarios de los pacientes VIH para evaluar qué factores se asocian a estas circunstancias y si reciben un buen seguimiento.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo de los pacientes VIH que acudieron durante los meses de julio y agosto de 2018 a Consultas Externas de Enfermedades Infecciosas en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza mediante la revisión de datos de la historia clínica.

Resultados: Se analizó un total de 100 pacientes. El 75% de la muestra presentaba comorbilidades; la más frecuentes fueron los trastornos psiquiátricos (42%), dislipemia (36%) y HTA (19%). La edad mayor de 50 años se relacionó con osteoporosis ($p=0,01$), cardiopatía isquémica ($p=0,02$) y dislipemia ($p=0,004$); la infección VIH de larga evolución se relacionó con dislipemia ($p=0,001$) y trastornos psiquiátricos ($p=0,007$). La polifarmacia se asoció con edad superior a 50 años ($p=0,046$), más de 10 años evolución VIH ($p=0,02$) y estadio SIDA ($p=0,032$). Un 58% de los pacientes con dislipemia no está en tratamiento con estatina y un 10% de los hipertensos no toma antihipertensivos. El 49% de los pacientes acudió a urgencias el año previo, un 25% de los cuales requirió ingreso hospitalario.

Conclusiones: Es necesaria una vigilancia, cribado y seguimiento estrechos de las comorbilidades de la población VIH. La Atención Primaria puede contribuir a mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes que viven con infección VIH y probablemente disminuir el número de ingresos hospitalarios.

PALABRAS CLAVE

VIH, multimorbilidad, polifarmacia, Atención Primaria, envejecimiento, recursos sanitarios.

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study is to know more about comorbidities, treatments and use of healthcare services by HIV patients to evaluate which factors are they related with and to check if they're receiving appropriate monitoring.

Methods: Descriptive cross-sectional study of people living with HIV infection followed in the outpatient consultations of the Infectious Disease Department in the University Clinical Hospital Lozano Blesa in July and August 2018. Data was collected from medical histories.

Results: 100 medical histories were analysed. 75% of our series had comorbidities; the most frequent ones were mental health disorders (42%), dyslipidemia (36%) and arterial hypertension (19%). Being more than 50 years old, independently of sex, was related with osteoporosis ($p=0,01$), coronary heart disease ($p=0,02$) and dyslipidemia ($p=0,001$); HIV long-term infection was related with dyslipidemia ($p=0,001$) and mental health disorders ($p=0,007$). Polypharmacy was related to being more than 50 years old ($p=0,046$), more than 10 years with HIV infection ($p=0,02$) and AIDS ($p=0,032$). 58% of the patients with dyslipidemia weren't being treated with statins, and 10% of hypertensive patients weren't taking any antihypertensive treatment. Half of the patients who went to Emergency Services last year (total 49%) required hospitalisation (25%).

Conclusion: Closer observation, screening and monitoring of HIV patients' comorbidities are required. Primary Care could contribute to improving the quality of life and prognosis of patients living with HIV, and decreasing the number of avoidable hospitalisations.

KEY WORDS



HIV, multimorbidity, polypharmacy, primary health care, aging, health resources.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos alcanzados, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo un gran problema de salud pública mundial¹. El tratamiento antirretroviral ha logrado normalizar el estatus inmunoviroológico, y reducir drásticamente el número de enfermedades oportunistas, la mortalidad asociada con el VIH y los eventos definitorios de SIDA². Esto ha hecho que la infección VIH se convierta en una enfermedad crónica^{3,4} lo que trae consigo la aparición de comorbilidades asociadas a la edad, las cuales constituyen hoy en día la principal causa de morbimortalidad en los pacientes VIH en países desarrollados^{5,6}. El envejecimiento en este tipo de población se produce de manera precoz, considerando a los pacientes VIH mayores de 50 años como personas de edad avanzada⁷. El estado de inflamación crónica al que se ven expuestos estos pacientes, el efecto a largo plazo de la terapia antirretroviral, las infecciones víricas latentes o la mayor tasa de consumo de tóxicos parecen favorecer este proceso^{8,9}. Además, el envejecimiento y la aparición de comorbilidades (con la consiguiente polimedicación¹⁰) pueden derivar en una peor respuesta y adherencia a la terapia antirretroviral y a un mayor riesgo de efectos adversos y tasas de hospitalización y mortalidad. Esto trae consigo un mayor consumo de recursos sanitarios y económicos, ya que los pacientes VIH que padecen ciertas enfermedades crónicas realizan más visitas a urgencias y requieren ingresos hospitalarios más frecuentes y prolongados que la población no VIH con las mismas comorbilidades¹¹.

Por todo esto, hoy en día es fundamental realizar un correcto manejo de las comorbilidades de estos pacientes y de sus tratamientos crónicos bajo una visión global de los mismos, que les provea de la mayor supervivencia y calidad de vida posibles¹². Durante años, el manejo de estos pacientes se ha llevado a cabo en consultas especializadas del hospital; sin embargo, el papel del Médico de Atención Primaria comienza a cobrar valor en el manejo de las pluripatologías de estos pacientes¹³⁻¹⁵. El Centro de Salud puede ofrecer múltiples posibilidades, como control estrecho de las comorbilidades, la promoción de actividades preventivas e incluso screening oportunista de VIH aprovechando visitas por otros motivos.

Teniendo en cuenta que en nuestro hospital no se ha realizado nunca una recogida de datos de estos pacientes, y dado que cada vez es más manifiesta en la literatura la importancia de la atención a las comorbilidades en los pacientes VIH, se planteó este trabajo con el objetivo de comenzar a perfilar algunas de las características de la población VIH correspondiente al sector III de Zaragoza (que se detallan en material y métodos) y comprobar si existe una relación significativa entre ellas y el número de comorbilidades, tratamientos concomitantes y un mayor uso de recursos sanitarios de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional en una población VIH controlada en Consultas externas de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Se incluyeron todos los pacientes VIH que acudieron a la consulta durante julio y agosto de 2018 (un total de 100 personas). Mediante la revisión de la historia clínica electrónica y en papel, se registraron las siguientes variables:

Variables epidemiológicas (edad y sexo), consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, drogas no parenterales y drogas parenterales), relacionadas con la infección VIH (año de diagnóstico, vía de transmisión, categoría (SIDA), recuento de CD4, cociente CD4/CD8, carga viral), datos de coinfección con el virus de la hepatitis C (serología VHC, ARN VHC), comorbilidades (diabetes, osteoporosis, antecedente de fractura, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasia, insuficiencia renal crónica, dislipemia, patología psiquiátrica y demencia), tratamiento concomitante (estatinas, antidiabéticos orales, insulina, corticoides, calcio, vitamina D, antihipertensivos, antiagregantes, anticoagulantes, antiarrítmicos, inhaladores, inhibidores de la bomba de protones, otros protectores gástricos, benzodiazepinas, antidepresivos, neurolépticos, metadona, opioides, antiinflamatorios no esteroideos/paracetamol, otros) y utilización de recursos sanitarios (ingresos en el último año, visitas a urgencias hospitalarias en el último año, consultas externas de especialidades visitadas en el último año).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó un análisis descriptivo general de todas las variables recogidas. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas mediante medias y medianas. Para ello, se utilizó el programa SPSS statistics versión 23.

La comparación entre variables cualitativas se realizó mediante el test de Chi cuadrado o el test de Fisher (para variables con pocos casos) y la de variables cuantitativas con la prueba T para muestras independientes (en el caso de distribución normal y variable dicotómica), ANOVA (en caso de distribución normal y variable no dicotómica), U de Mann-Whitney (en el caso de distribución no normal y variable dicotómica) o Kruskal-Wallis (en el caso de distribución no normal y variable no dicotómica). Se consideró una diferencia estadísticamente significativa cuando la p fue inferior a 0,05.

Aspectos éticos:

Este trabajo fue aprobado por el comité de ética CEIC Aragón (CEICA), recibiendo un dictamen favorable para su realización en el acta nº 13/2018.

RESULTADOS



Se incluyeron un total de 100 pacientes en el estudio, de los cuales 60 eran hombres (60%) y 40 mujeres (40%). La media de edad fue de 47,91 años (hombres 50,22, mujeres fue de 44,45), un 32% era mayor de 50 años.

En cuanto a los hábitos tóxicos, el 54% de los pacientes eran fumadores activos, un 8% consumía alcohol de manera patológica, un 22% eran consumidores activos de drogas no parenterales y un 5% de drogas parenterales. Un 31% de los pacientes eran exconsumidores de drogas parenterales. En todos los casos, el porcentaje de consumidores era mayor en hombres.

La media del tiempo de evolución de la enfermedad VIH fue de 16,24 años. Un 66% padecía VIH desde hace más de 10 años (hombres 44%, mujeres 22%). En el 51% de los casos el mecanismo de transmisión fue sexual, mientras que la vía parenteral representó el 24%. En cuanto a parámetros analíticos, se ha de tener en cuenta que no se pudieron recoger en 4 pacientes ya que no se disponía de analítica reciente. La carga viral fue detectable en un 14,6%. El porcentaje global de pacientes con <350 cel/ μ l fue de 20,83%, el de pacientes con un cociente CD4/CD8 $<0,6$ de 36,45%, y el de pacientes con SIDA fue del 37% (hombres 22%, mujeres 15%).

En cuanto a datos relacionados con coinfección con VHC, sólo pudieron obtenerse datos de 91 pacientes de los 100 de nuestra cohorte, ya que 9 no se habían realizado analítica previa a la consulta. Un 53,84% de los pacientes padecían o habían padecido infección por virus de la hepatitis C (VHC), de los cuales el RNA era indetectable en un 34,06%.

Excluyendo la coinfección por VHC (comorbilidad más frecuente), un 75% de los pacientes de nuestra cohorte padecía alguna de las comorbilidades no infecciosas estudiadas, y padecer una (30%) o dos (25%) fue lo más frecuente.

La prevalencia de las comorbilidades estudiadas se expone en la *Tabla 1*, siendo las más frecuentes los trastornos psiquiátricos 42%, seguidos de dislipemia 36%, hipertensión arterial 19% y fracturas 16% (asociadas mayoritariamente a traumatismos importantes). Tal y como se expone en la *Tabla 2*, existe una relación estadísticamente significativa entre padecer comorbilidades y una edad superior a 50 años, así como con padecer VIH desde hace más de 10 años. En esa misma tabla también se analiza cada comorbilidad de manera individual, objetivando relación estadística entre una edad superior a 50 años y padecer hipertensión, cardiopatía isquémica u osteoporosis, padecer VIH desde hace más de 10 años y dislipemia y trastornos psiquiátricos, una cifra de CD4 <350 con diabetes, dislipemia y trastornos psiquiátricos y, por último, entre estar en estadio SIDA y padecer hipertensión y dislipemia.

Por otro lado, en cuanto a los tratamientos concomitantes al TAR, un 70% de los pacientes estudiados en nuestra cohorte estaba en tratamiento con al menos una familia farmacológica concomitante al TAR, con una media 2,74 familias farmacológicas por paciente. Predominaba el uso de fármacos psiquiátricos

(benzodiazepinas 32%, antidepresivos 17%, neurolépticos 12%, metadona 14%), seguido de antihipertensivos (18%), estatinas e inhibidores de la bomba de protones (16%) y antiagregantes (10%). En la *Tabla 2* puede observarse que existía relación significativa del consumo diario de mayor número de diferentes familias farmacológicas con una edad superior a 50 años, más de 10 años de evolución de la enfermedad VIH o estar en estadio SIDA.

Se estudió si los pacientes de la cohorte llevaban tratamiento para sus comorbilidades: todos los pacientes con Diabetes Mellitus llevaban tratamiento para la misma; de los 19 pacientes que padecen HTA, un 10,53% (2 pacientes) no recibían tratamiento antihipertensivo; de los pacientes con cardiopatía isquémica (9 en total), un 22,22% (2 pacientes) no recibían tratamiento con estatinas. Un 55,55% (5 pacientes) no estaba en tratamiento antihipertensivo, y un 11,11% (1 paciente) no estaba en tratamiento antiagregante; un 33,33% (1 paciente) de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (3 en total) no recibía tratamiento antiagregante; de los pacientes EPOC (5 en total), un 20% (1 paciente) no llevaba tratamiento con inhaladores; de los pacientes con dislipemia (36 en total), un 58,33% (21 pacientes) no tomaban estatinas.

Por último, en el análisis del uso de recursos sanitarios se objetivó lo siguiente:

Un 49% de los pacientes estudiados acudieron al menos una vez a urgencias hospitalarias en el último año. La media de visitas a urgencias fue de 1,45 (mediana 0, DE 2,22).

Como puede observarse en la *Tabla 2*, se objetivó una relación estadísticamente significativa entre un mayor número de visitas a urgencias y unos valores de CD4 <350 o un cociente CD4/CD8 $<0,6$. En la *Tabla 3* puede observarse que existía una relación significativa entre padecer un mayor número de comorbilidades y un mayor número de visitas a urgencias. Analizadas de manera individual, la diabetes mellitus y los trastornos psiquiátricos se relacionaron con más visitas a urgencias (*tabla 3*).

Un 25% de los pacientes de nuestra cohorte habían requerido ser ingresados en el hospital al menos una vez en el último año. La media de ingresos fue de 0.55 (mediana 0, DE 1,64).

La mitad de los pacientes que acudieron a las urgencias hospitalarias en el último año quedaron ingresados (25% frente a 49%). En la *Tabla 2* se observa que existía una relación significativa entre un mayor número de ingresos hospitalarios con una cifra de CD4 <350 y con estar en estadio SIDA. Por otro lado, en la *tabla 3* se observa que existe una relación entre padecer comorbilidades y un mayor número de ingresos; analizadas de forma individual, padecer hipertensión, diabetes, neoplasias o trastornos psiquiátricos se relaciona con un mayor número de ingresos.



Un 68% de los pacientes de nuestra cohorte había acudido a consultas externas de alguna especialidad durante el último año, siendo lo más frecuente haber acudido a una sola especialidad en el último año (30%) o a dos (16%). Las especialidades más visitadas fueron ginecología y obstetricia (16%), cirugía general (15%), psiquiatría (14%), oftalmología (13%) y endocrinología y nutrición (11%).

Como se puede observar en la *tabla 2*, no existe una relación significativa entre una mayor frecuentación de consultas externas y los parámetros VIH analizados; sin embargo, en la *tabla 3*, puede observarse una relación entre padecer comorbilidades y un mayor número de visitas a consultas externas, y en concreto entre la hipertensión, diabetes, neoplasias, insuficiencia renal crónica y osteoporosis.

También se estudió si los pacientes con determinadas enfermedades estaban en seguimiento por las especialidades correspondientes: del total de pacientes diabéticos (4), un 50% estaban en seguimiento por Endocrinología; del total de pacientes con cardiopatía isquémica (9), un 22,22% no estaba en seguimiento por Cardiología (2 en total); de los 3 pacientes que han sufrido ACV, un 33,33% (1) no estaba en seguimiento por Neurología. Ningún paciente con demencia (2) estaba en seguimiento por Neurología; ningún paciente EPOC estaba en seguimiento por Neumología (5); ninguno de los pacientes con insuficiencia renal crónica (2), estaba en seguimiento por Nefrología; de los pacientes que padecían enfermedad psiquiátrica (42), 69,05% no estaba en seguimiento por Psiquiatría (29).

DISCUSIÓN

Nuestra muestra poblacional cumple mayoritariamente con las mismas características recogidas en otras series de la literatura: está formada mayoritariamente por varones, con un elevado consumo de tóxicos y con un buen control actual de la enfermedad VIH; además, existe un elevado porcentaje de pacientes con comorbilidades, con un seguimiento deficitario de las mismas en gran parte de los casos, lo cual lleva a la polifarmacia y el aumento del uso de recursos sanitarios. El número de comorbilidades se relaciona de manera positiva, además de con la edad, con un deterioro del estado inmunológico.

Se considera que los 50 años son el punto de corte que define a los pacientes VIH de edad avanzada, con la consiguiente aparición de comorbilidades^{16,17}. En nuestra cohorte el porcentaje de pacientes con más de 50 años es de un 32%, cifra baja teniendo en cuenta que, a nivel nacional, el 50% de los infectados por VIH tiene actualmente 50 años o más. La edad media de la muestra es de 47,91 años; los hombres tenían una media de 50 años y las mujeres de 44 años, similar a otras publicaciones en la literatura^{18,19}.

El mayor consumo de tóxicos en la población VIH puede contribuir a la aparición de enfermedades no relacionadas con la infección VIH. Más de la mitad de nuestra serie consume tabaco, el cual tiene un mayor efecto nocivo sobre los pacientes VIH que sobre la población general²⁰. La deshabitación tabáquica debería ser una prioridad en el manejo de estos enfermos²¹.

El número de diagnósticos tardíos de VIH en España continúa siendo elevado. En nuestra serie se encontró un 37% de pacientes en estadio SIDA, mayoritariamente hombres. En este sentido, el screening de VIH en embarazadas sigue siendo una medida muy eficaz de cribado en la mujer fértil que permite detectar la infección en etapas tempranas. Por su mayor accesibilidad a la población, sería interesante realizar sistemáticamente un screening poblacional en Atención Primaria²², ofreciendo el test a todos los pacientes sexualmente activos entre 20 y 59 años, independientemente de su sexo o nacionalidad.

El 85,4% de la muestra, independientemente del tipo de TAR prescrito, presentaba una carga viral indetectable, lo que habla a favor de la eficacia de los antirretrovirales actuales y de la buena adherencia de los pacientes⁽²³⁾. Este buen control en cuanto a la patología infecciosa contrasta con el pobre control de la comorbilidad asociada a la edad en estos pacientes: el 75% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad no infecciosa. Coincidiendo con lo descrito en la literatura, la patología más prevalente en nuestra cohorte fueron los trastornos psiquiátricos, seguidos de los factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, hipertensión arterial)^{24,25}. No pudieron encontrarse demasiadas relaciones entre los diferentes factores analizados y el aumento de las comorbilidades, aunque sí parecía haberla con la edad, los años de evolución de la infección, el estadio SIDA y los niveles de CD4 bajos.

Este elevado número de pacientes con comorbilidades ya indica que no se ha hecho el suficiente hincapié sobre la importancia de la prevención primaria en esta población. Hemos encontrado porcentajes preocupantes de pacientes sin un adecuado seguimiento o tratamiento de sus comorbilidades, lo cual indica que, si bien la periodicidad con la que se controla a estos pacientes en consultas externas de Enfermedades Infecciosas resulta suficiente para mantener un buen control de la patología infecciosa, las comorbilidades asociadas a la edad requieren de un seguimiento más estrecho.

La elevada prevalencia de comorbilidades deriva a su vez en una prevalencia significativamente superior de polifarmacia en pacientes VIH con respecto a la población general²⁶. La polifarmacia es común en hombres y mujeres VIH-positivos mayores de 50 años, con más de 10 años de evolución VIH y en estadio SIDA; puede generar problemas, como una peor adherencia al tratamiento, riesgo aumentado de efectos adversos, uso de medicamentos inapropiados, aumento de la hospitalización y mortalidad. Es esencial investigar y reflejar en el historial del paciente toda la medicación concomitante al TAR y



garantizar que los pacientes reciben el tratamiento adecuado a sus patologías. Debería revisarse la medicación de manera periódica para evitar mantener tratamientos innecesarios que puedan provocar efectos adversos, así como tener en cuenta las diferentes comorbilidades del paciente y el TAR a la hora de añadir o modificar tratamientos.

Con respecto al uso de recursos sanitarios, se observa un uso elevado de los servicios de urgencias, requiriendo además en la mitad de los casos de un ingreso hospitalario. Si bien es verdad que aquellos pacientes que ingresaban tenían un mayor deterioro inmunológico, también eran más pluripatológicos. Por lo tanto, los ingresos podrían deberse a descompensaciones de las enfermedades concomitantes al VIH en el contexto de una inmunidad deficitaria. Mediante el adecuado control de las comorbilidades, podría disminuirse el número de ingresos hospitalarios y su duración, con un menor deterioro del estado de nuestros pacientes y un ahorro económico para el sistema de salud^{27,28}.

En cuanto a los sesgos, hay que destacar que la población VIH en control ambulatorio en el Hospital Clínico Lozano Blesa alcanzó en 2018 un total de 849 pacientes. La muestra analizada en nuestro estudio representa una pequeña parte de esa muestra, con las limitaciones que implica un estudio transversal. Muchos resultados que indican tendencias interesantes conseguirían la significación estadística ampliando el número de pacientes evaluados. Los resultados obtenidos nos permiten una aproximación a las características y comorbilidades de la población VIH del área III y es la intención ampliar el estudio abarcando la población total. Un mejor conocimiento de las comorbilidades de nuestros pacientes permitirá optimizar los tratamientos, mejorar el seguimiento ambulatorio y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Los pacientes de nuestra muestra poblacional son en su mayoría varones, menores de 50 años, con un elevado consumo de tóxicos, más de 10 años de evolución de la enfermedad VIH y con un buen estado inmunológico y una carga viral indetectable. Sin embargo, presentan una elevada prevalencia de comorbilidades asociadas a la edad, lo cual conlleva un aumento del número de tratamientos concomitantes, así como del uso de recursos sanitarios. Los pacientes VIH con situación inmunoviológica óptima siguen controles anuales con intervalos de 6 meses en consultas de Enfermedades Infecciosas. En vista de los resultados, parece que no es suficiente como para controlar y prevenir de manera adecuada sus comorbilidades, ya que se requiere un abordaje multidisciplinar con un control estrecho y periódico de estos enfermos. En este sentido, el médico de atención primaria está en una posición idónea para realizar este tipo de intervenciones. Desde el centro de salud puede realizarse asesoramiento sobre medidas de prevención, ofrecer la prueba diagnóstica de VIH a gran parte de la población, establecer intervenciones para la deshabituación tabáquica y realizar un cribado, manejo y seguimiento estrecho de las

comorbilidades más frecuentes. La asistencia compartida entre atención primaria y especializada mejoraría la asistencia sanitaria de los pacientes VIH, así como su calidad de vida y el pronóstico vital. Por ello, sería conveniente que en la formación de futuros médicos de familia se promoviera la rotación por servicios de enfermedades infecciosas y que incluyese estancias en las consultas externas de infección VIH. Familiarizarse con la infección VIH facilita la implicación en el diagnóstico precoz de la infección y resultaría más fácil asumir el control de diversas poli medicaciones diferentes al TAR cuando las comorbilidades comienzan a estar presentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Galindo-Puerto MJ. Diagnóstico precoz del VIH: un reto importante. Revisión y reflexiones sobre el tema. *Rev Multidisc Sida*. 2018; 6(13):39-56.
- AIDS Study Group (GESIDA) of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology and the National AIDS Plan. Executive summary of the GESIDA/National AIDS Plan Consensus Document on Antiretroviral Therapy in Adults Infected by the Human Immunodeficiency Virus (Updated January 2017). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018;36(7):435-445.
- García-Gonzalo MA, Santamaría-Mas MI, Pascual-Tomé L. Estudio transversal de comorbilidades y medicaciones concomitantes en una cohorte de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Aten Primaria*. 2017;49(5):286-293.
- Ronit A, Gerstoff J, Nielsen L, Mohen R, Wiese L, Kvinesdval B, et al. Non-AIDS comorbidity in people living with HIV compared to uninfected individuals ten years prior to HIV-diagnosis. *Clin Infect Dis*. Doi: 2018 10.1093/cid/ciy325.
- Gallant J, Hsue P, Shreyay S, Meyer N. Comorbidities Among US Patients With Prevalent HIV Infection—A Trend Analysis. *J. Infect. Dis*. 2017;216:1525-33.
- Hernández I, Barzallo J, Beltrán S, Castillo A, Cevallos N, Hernández P, et al. Increased incidences of noninfectious comorbidities among aging populations living with human immunodeficiency virus in Ecuador: a multicenter retrospective analysis. *HIV AIDS (Auckl)*. 2019;11:55-59.
- Retornaz F, Petit N, Darque A, de Decker L, Farcet A, Chiche L, et al. Frailty phenotype in older people living with HIV: concepts, prevention and issues. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2019;17(2):123-128.
- De Socio GV, Pasqualini M, Ricci E, Maggi P, Orofino G, Squillace N, et al. Smoking habits in HIV-infected people compared with the general population in Italy: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):734.
- Sopheab H, Chhea C, Tuot S, Muir JA. HIV prevalence, related risk behaviors, and correlates of HIV infection among people who use drugs in Cambodia. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):562.
- Morillo-Verdugo R, Sánchez-Rubio-Ferrández J, Gimeno-Gracia M, Robustillo-Cortés MLA, Almeida-González CV. Prevalence of polypharmacy and associated factors among patients living with HIV infection in Spain: The POINT study. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2020;S0213-005X(20)30317-7.
- Navon L. Hospitalization Trends and Comorbidities Among People With HIV/AIDS Compared With the Overall Hospitalized Population, Illinois, 2008-2014. *Public Health Rep*. 2018 Jan 1:33354918777254. doi: 10.1177/0033354918777254.
- Borderi M, Angarano G, Antinori A, Chirianni A, Cinque P, D'Arminio Monforte A, et al. Managing the long surviving HIV patient: a proposal for a multidimensional first-level diagnostic assessment. *New Microbiol*. 2018;41(2):112-117.
- Astorga García E, Heras Criado S, Galvez Moral J, Rueda Sánchez M, Herencias Nevado A. Motivos de consulta de los pacientes VIH en un Centro de Atención Primaria. *Rev Multidisc Sida*. 2018; 6(13):29-37.



14. Casanova-Colominas JM, Rodríguez-Fernández C, Gómez-García M. Manejo del paciente con VIH en Atención Primaria. AMF. 2013;9(6):306-315
15. López-Beltrando JC. VIH y atención primaria: una relación creciente. Rev Multidisc Sida. 2018; 6(13):3-5.
16. Arvieux C. HIV infection, from a death sentence to a chronic disease. Soins. 2019;64(834):14-19.
17. Jiménez Z, Sánchez-Conde M, Brañas F. HIV infection as a cause of accelerated aging and frailty. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(2):105-110.
18. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; 2020.
19. Vigilancia del VIH/sida en Aragón, año 2019. Sistema de información de nuevos diagnósticos de infección por VIH. Registro de casos de sida. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.
20. Palma Reis R. Cardiovascular risk in HIV-infected patients. Rev Port Cardiol. 2019;38(7):471-472.
21. Giles ML, Gartner C, Boyd MA. Smoking and HIV: what are the risks and what harm reduction strategies do we have at our disposal? AIDS Res Ther. 2018;15(1):26.
22. Martín-Iguacel R, Pedersen C, Llibre JM, Søndergaard J, Jensen J, Omland LH, et al. Primary health care: an opportunity for early identification of people living with undiagnosed HIV infection. HIV Med. 2019;20(6):404-417.
23. Berenguer J, Álvarez D, Doderó J, Azcoaga A. HIV infection follow-up, organisational and management model. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36 Suppl 1:45-49.
24. Estrada V, Domingo P, Suarez-Lozano I, Gutiérrez F, Knobel H, et al. Risk of cardiovascular disease in patients with HIV infection undergoing antiretroviral therapy. Rev Clin Esp (Barc). 2020;220(3):149-154.
25. Escobar-Urrejola S, Ceballos ME, Toro P. Neuropsychiatric comorbidity in HIV infection. Rev Chilena Infectol. 2020;37(5):555-562.
26. Gimeno-Gracia M, CrusellsCanales MJ, Armestogómez FJ, Compaired-Turlán V, RabanaqueHernández MJ. Polypharmacy in older adults with human immunodeficiency virus infection compared with the general population. Clin Interv Aging. 2016;11: 1149-1157.
27. Christensen S, Wolf E, Altevers J, Diaz-Cuervo H. Comorbidities and costs in HIV patients: A retrospective claims database analysis in Germany. PLoS One. 2019;14(11):e0224279.
28. Panel of Experts from the Metabolic Disorders and Comorbidities Study Group (GEAM); Aids Study Group (GeSIDA); National Aids Plan (PNS). Executive summary of the consensus document on metabolic disorders and cardiovascular risk in patients with HIV infection. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2019;37(1):50-55.



ANEXOS

Tabla 1. Prevalencia de las comorbilidades estudiadas en la cohorte, global y por sexos y análisis de significancia estadística de la diferencia entre sexos.

	Global	Hombres	Mujeres
HTA	19%	13%	6%
Diabetes	4%	2%	2%
Dislipemia	36%	26%	10%
EPOC	5%	4%	1%
Neoplasia	9%	6%	3%
Cardiopatía isquémica	9%	7%	2%
ACV	3%	2%	1%
Trastorno psiquiátrico	42%	24%	18%
Demencia	2%	0%	2%
IRC	2%	0%	2%
Osteoporosis	5%	1%	4%
Fractura	16%	13%	3%

Hipertensión Arterial; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; ACV: Accidente Cerebrovascular; IRC: Insuficiencia Renal Crónica.



Tabla 2. Análisis de significancia estadística entre comorbilidades (global e individual), media de familia farmacológicas consumidas al día, media de visitas a urgencias, consultas externas e ingresos en el último año con diferentes factores en relación a la infección VIH.

	p					
	≥ 50 años	>10 años evolución	CD4<350	CD4/CD8<0,6	Carga viral positiva	SIDA
Comorbilidades (global)	<0,01	<0,05	0,389	0,666	0,503	0,487
HTA	0,111	0,432	0,511	0,969	0,576	0,036
Diabetes	0,759	0,143	0,006	0,565	0,547	0,583
Dislipemia	0,004	0,001	0,019	0,352	0,881	0,022
EPOC	0,694	0,1	0,962	0,261	0,724	0,274
Neoplasia	0,112	0,434	0,067	0,351	0,495	0,053
Cardiopatía isquémica	0,02	0,129	0,106	0,351	0,193	0,811
ACV	0,191	0,98	0,367	0,909	0,35	0,28
Trastorno psiquiátrico	0,532	0,007	0,017	0,299	0,282	0,061
Demencia	0,327	0,305	0,463	0,279	0,555	0,062
IRC	0,581	0,305	0,305	0,279	0,555	0,7
Osteoporosis	0,01	0,1	0,962	0,082	0,343	0,274
Fractura	0,092	0,407	0,138	0,082	0,973	0,964
Media de familias de fármacos/día	0,046	0,02	0,423	0,485	0,409	0,032
Media de visitas a urgencias	0,145	0,359	0,009	0,03	0,148	0,476



último año						
Media de ingresos último año	0,501	0,744	0,001	0,059	0,338	0,011
Media de visitas a consultas externas último año	0,08	0,744	0,638	0,245	0,447	0,773

HTA: Hipertensión Arterial; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; ACV: Accidente Cerebrovascular; IRC: Insuficiencia Renal Crónica.

Revista Sanitaria de Investigación es una publicación sanitaria electrónica para profesionales sanitarios con ISSN 2660-7085, accesible en www.revistasanitariadeinvestigacion.com



Tabla 3. Análisis de significancia estadística entre comorbilidades (global e individual) y visitas a urgencias, consultas externas e ingresos en el último año.

	Media de visitas a urgencias en el último año	Media de ingresos en el último año	Media de visitas a consultas externas en el último año
Comorbilidades (global)	0,042	0,001	0,001
HTA	0,087	0,003	0,001
Diabetes	0,014	0,007	0,009
Dislipemia	0,261	0,943	0,054
EPOC	0,561	0,684	0,956
Neoplasia	0,306	0,007	0,023
Cardiopatía isquémica	0,631	0,567	0,182
ACV	0,894	2,99	0,414
Trastorno psiquiátrico	0,001	0,001	0,057
Demencia	0,453	0,568	0,747
IRC	0,196	0,117	0,029
Osteoporosis	0,761	0,684	0,004
Fractura	0,239	0,174	0,556



English

Catálogo BNE

[Inicio](#) [Colecciones especiales](#) [Autoridades](#) [Bibliografía Española](#) [Recursos electrónicos](#)

[Volver](#) [Ayuda](#) [Nueva búsqueda](#) [Cambiar visualización](#) [Guardados](#) [Enlace permanente](#) [Desconexión](#)

registro 1 de 1 para la búsqueda ISBN, ISSN, etc. "2660-7085" [Cambiar visualización](#)

Detalles de la obra

Guardar

[Ver signatura/s](#) [Índice/Resumen](#) [Registro del catálogo](#)

Título
Revista sanitaria de investigación

Autor

Editor:
Asociación CUIDAE

Fecha de pub.:
2020-

Enlace:
[Acceso electrónico](#)

Información de ejemplar:
1 ejemplar disponible en Sede de Recoletos.

FONDOS

Sede de Recoletos	Código de barras	Tipo de material	Localización
ACCESO REMOTO	6681521-1001	Serada	Sala de Prensa y Revistas

Más información

[Web de la BNE](#)
[Servicios en línea](#)
[Pregúntenos](#)
[Contacte con la BNE](#)
[Buzón del Catálogo](#)

[Volver](#) [Ayuda](#) [Nueva búsqueda](#) [Cambiar visualización](#) [Guardados](#) [Enlace permanente](#) [Desconexión](#)

Powered by:  Biblioteca Nacional de España [Aviso legal](#) Copyright © 2000 - 2020, [Arriba](#) [SirsiDynix](#)



DULCINEA

Derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de revistas científicas españolas

[Buscar](#) [Sugiere título](#) [Gráficos](#) [Acerca de](#) [BuscaRepositorios](#) [Melibe](#) [AccesoAbierto.net](#)

[Inicio](#)

Revista Sanitaria de Investigación

ID 3540 [Ficha completa](#)

Revista:	Revista Sanitaria de Investigación
Editorial:	CUIDAE
Titular de los derechos de explotación (copyright):	La editorial
ISSN electrónico:	2660-7085
URL:	https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/
Categoría:	Ciencias de la salud
Acceso:	Gratuito
Mención específica de derechos:	SI
Ubicación de la mención de derechos:	Instrucciones autores
Tipo de licencia:	licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional
URL Instrucciones autores:	https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/normas-de-publicacion/
¿Permite el auto-archivo?:	SI
Versión auto-archivo:	Post-print (versión editorial)
¿Cuándo?:	Inmediatamente después de la publicación
¿Dónde?:	Web personal,Repositorio Institucional,Repositorio temático
Color ROMEO:	Azul
Indizada en:	

  Dulcinea, BuscaRepositorios y Melibe son productos del grupo de investigación "Acceso abierto a la ciencia". CSO2014-52830-P.



Dialnet

Buscar

Revistas

Tesis

Congresos

Revista Sanitaria de Investigación



ISSN-e: 2660-7085

Inicio: 2020

Periodicidad: Mensual

País: España

Idioma: español

Arbitraje: Desconocido

[Página web de la revista](#)

[Índice de autores](#)

Sumarios de la revista

2020 Vol. 1 **1** 2 3 4

Editores

Asociación CUIDAE (<https://www.cuidae.com/>)

Clasificación

Ciencias de la salud: Enfermería

Otros catálogos

Red de Bibliotecas Universitarias ([REBIUN](#))